ADDITION AUX TRAVAUX PRÉCÉDENTS

Mémoire sur les tumeurs congénitales de l'ombilic et en particulier des tumeurs adénoïdes diverticulaires (*Archives générales de médecine*, 1884).

Il s'est présenté à mon observation un groupe de tumeurs congénitales de l'ombilic sur lesquelles l'attention n'avait pas été fixée suffisamment; n'apparaissant qu'à la chute du cordon, on les a confondues avec le granulome de cette région, qui offre avec elles d'assez grandes analogies. Une analyse plus complète des caractères propres aux tumeurs adénoïdes permet cependant de les différencier assez aisément. Les tumeurs *adénoïdes ombilicales* sont ordinairement pédiculées, implantées sur la cicatrice ombilicale et irréductibles. Leur tissu est celui d'une paroi de l'intestin ayant subi de profondes modifications; les papilles, surtout les glandes, s'y montrent en nombre et en proportions gigantesques; les diverses couches enfin sont aussi notablement altérées.

Nous donnons dans ce Mémoire trois observations de tumeurs adénoïdes avec des planches démonstratives sur leur composition histologique. Il contient en outre une étude didactique comprenant les caractères propres à ces tumeurs, qui permettra de les diagnostiquer désormais, et une série d'observations personnelles de granulomes et de kystes dermoïdes congénitaux de l'ombilic. Ces faits, groupés de la sorte, donnent un intérêt plus grand au groupe des tumeurs adénoïdes qui nous ont plus spécialement occupé. M. Frémont, mon interne, a été mon collaborateur pour la partie histologique de ce Mémoire.

Note sur les cloisons congénitales du gros intestin. — Indications opératoires qui en découlent (*Bulletin de la Société de chirurgie*. Paris, 1884).

Ce travail contient deux observations jusqu'ici fort rares et presque uniques, de cloisons complètes du gros intestin placées dans le rectum, à une hauteur

tout à fait exceptionnelle. Le siège habituel des valvules congénitales du rectum est le point où les deux portions de ce canal s'abouchent entre elles et ce point ne dépasse guère cinq centimètres à partir de l'anus. Or le siège des valvules que nous avons montrées à la Société de chirurgie était dans un cas à onze centimètres. De plus, l'instestin peut en présenter deux à la fois, séparées par une portion normale du conduit. Si l'explication qu'on doit donner de ces faits, plus communs qu'on ne le pense, peut être l'objet d'interprétations différentes, ainsi qu'en témoigne la discussion pleine d'intérêt qui s'est élevée parmi les membres de la Société de chirurgie, il découle de l'existence de ces opercules des considérations opératoires d'une certaine importance. Ces considérations ont été développées dans cette note, et chez l'un des deux sujets, l'auteur, après avoir fait la méthode de Littre comme opération d'urgence, a pu ensuite, vingt jours plus tard, rétablir la continuité de l'intestin et avec elle le cours normal des matières par la rupture de la cloison qui interceptait le passage.

Traitement de la coxalgie; indication d'un appareil d'un usage quotidien à l'hôpital Trousseau, imaginé par l'auteur.

Avec le repos absolu, l'*extension continue* est le mode de traitement qui procure les plus grands avantages, sinon pendant toute la durée de la coxalgie, du moins pendant les premières périodes de cette affection. Cette méthode seule, en effet, permet de dominer la contracture et, en éloignant les surfaces articulaires l'une de l'autre, elle conjure les désastreux effets de la compression. Mais il importe que l'extension continue soit exécutée avec soin et surtout que la surveillance en soit facile et puisse être confiée même à une bonne, étant donnée la longue durée de l'affection. Le critérium d'un appareil bien fait se résume en ceci : constater par l'examen direct du membre placé dans l'appareil que les mouvements de la hanche sont aussi étendus que normalement, sans gêne, sans douleur, dans tous les sens. Alors seulement on est assuré de la cessation de la contracture et on ne constate en ce cas ni ensellure, ni flexion, ni allongement apparent du membre. Au point de vue de l'extension l'appareil n'offre rien de spécial; la contre-extension se fait à l'aide de bandages en toile appliqués d'une manière particulière sur la partie supérieure du tronc et non sur le bassin. Rien, en effet, n'est plus difficile que d'établir une bonne contre-extension sur le bassin, et c'est pour cela que l'auteur a cherché à prendre ailleurs les points d'appui nécessaires à la contre-extension. Il serait fastidieux de décrire ici ce bandage; on trouvera dans une thèse de Paris, faite par M. Simonneaux en 1883, la description des principes de cet appareil et la

manière de le confectionner, qui est à la portée de tout le monde, car il ne se compose que de quelques pièces en toile. Le travail de M. Simonneaux renferme un assez bon nombre de faits fournis par M. Lannelongue, plus une étude complète des signes de la coxalgie au début; parmi ces signes il en est un, dit *le signe de l'épreuve*, qui n'avait pas été indiqué et qui peut éclairer le diagnostic dans les cas difficiles.

Kystes congénitaux du cou (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1883).

La pathogénie d'un groupe de kystes congénitaux du cou ne saurait être discutée; elle est en rapport avec la disposition embryonnaire qui a trait à l'évolution des fentes branchiales et les caractères cliniques et anatomo-pathologiques de ces kystes témoignent avec évidence de cette origine. Il n'en est plus de même du groupe des kystes congénitaux multiloculaires qui présentent une tout autre apparence. La pathogénie de ces kystes est entourée d'une telle obscurité, qu'il n'est pas d'opinion qu'on n'ait émise au sujet de leur origine. Tour à tour le tissu cellulaire, les glandes proprement dites, la glande hypothétique de Lushka, les ganglions ou les réseaux lymphatiques, et enfin quelquefois les vaisseaux sanguins ont été considérés comme le siège primitif de ces tumeurs. J'ai fait de nombreuses recherches anatomiques à ce sujet, portant sur l'examen du liquide des cavités kystiques, sur la nature de l'endothélium, qui revêt la face interne de ces cavités, sur l'état enfin des vaisseaux en connexion avec ces kystes. Or il ressort de ces recherches, qui ont porté sur un examen histologique de dix cas, que l'opinion ancienne, exprimée pour la première fois par Cæsar Hawkins, est fondée. Ces kystes sont d'origine vasculaire et tout concourt à le prouver. En clinique, on trouve d'ailleurs souvent un tissu érectile mélangé en proportions diverses avec un plus ou moins grand nombre de loges kystiques, mais alors même que ce fait ne ressort pas avec évidence, la tumeur n'en est pas moins d'origine vasculaire. Les imprégnations d'argent, faites immédiatement après l'extirpation de la tumeur, font découvrir un endothélium qui a tous les caractères de l'endothélium des capillaires; d'autre part on trouve entre les loges, dans leurs minces parois, des capillaires d'une dilatation excessive, présentant toutes les phases intermédiaires à l'état capillaire primitif et à la forme kystique qui en dérive.

Ces recherches, consignées dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, recevront de plus amples développements dans un Mémoire qui doit paraître prochainement sur les kystes congénitaux en général.

Spina bifida; mécanisme de la formation de ces anomalies (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1884).

Dans un Mémoire, publié en 1883 dans les *Archives générales de médecine*, l'auteur a développé cette idée générale : Les mêmes anomalies peuvent être produites par des conditions physiologiques ou pathologiques de l'embryon parfaitement différentes; ce qui revient à dire qu'une modification déterminée de l'organisation embryonnaire n'est pas nécessairement subordonnée à l'influence d'une cause unique et exclusive. L'étude du spina bifida vient confirmer cette proposition, qui trouve encore un nouvel appui dans les données fournies par l'expérimentation. Il n'est pas douteux que la plupart des spina bifida n'aient pour origine une hydropisie embryonnaire, théorie fort ancienne et émise tour à tour, depuis Marcotte, de Montpellier, par Morgagni, Béclard, etc., etc. Mais il m'a paru qu'un certain nombre de ces anomalies relevaient d'une autre origine, non intérieure à l'embryon, mais extérieure. La présence d'un tissu cicatriciel, distribué irrégulièrement à la surface de la tumeur, emprisonnant quelquefois des lambeaux cutanés intacts, m'a fait penser qu'il a existé un travail ulcératif à la surface de la peau pendant la période embryonnaire. Le travail serait le résultat d'adhérences amniotiques ayant existé à ce niveau, et j'ai eu l'occasion d'insister dans une autre publication sur les causes qui font que certaines parties de l'embryon sont infiniment plus exposées que d'autres à ces adhérences, la région lombaire est plus spécialement dans ce cas. Enfin, pour montrer l'influence que peuvent prendre les causes pathologiques dans la formation des anomalies, j'ai rapporté l'observation d'un spina bifida chez un nouveau-né syphilitique.

Bec-de-lièvre simple et compliqué; son traitement (Thèse de Denise, Paris, 1884).

On trouvera dans cette thèse la description d'un procédé que j'ai fréquemment employé à l'hôpital Trousseau, qui m'a paru présenter des avantages réels, surtout dans les cas de bec-de-lièvre compliqué. L'auteur de la thèse relate les faits que je lui ai communiqués à l'appui du mérite que peut avoir ce procédé.

Du lipome congénital (Thèse de Sénac, Paris, 1884).

Un de mes élèves, M. Sénac, a pris sur mon invitation ce sujet de thèse et je lui ai fourni plusieurs catégories de faits. Tantôt le lipome ne diffère pas de celui de l'adulte et on n'en peut fournir aucune explication pathogénique plausible; tantôt et peut-être plus fréquemment le lipome congénital; n'apparaît que secondairement dans un angiome simple ou kystique; on doit le considérer alors comme le résultat de la transformation de l'angiome et il a pour signification que c'est un procédé naturel de guérison de l'angiome; par l'examen histologique de ces tumeurs, on suit toutes les phases de l'évolution transformatrice et il ne saurait y avoir de doute sur cette dernière interprétation. Le lipome d'ailleurs se montre sous plusieurs aspects : exclusivement formé par de la graisse, associé à des dilatations vasculaires et à des kystes, composé enfin d'un tissu fibro-lipomateux.

Bourloton. — Imprimeries réunies, A ,rue Mignon, 2, Paris.